

Wprowadzenie

Inhibitory tyrozynowej kinazy receptora dla naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR, *epidermal growth factor receptor*) — po ponad 20 latach od odkrycia pierwszego leku wymienionej klasy — są podstawowym sposobem postępowania u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) w stadium zaawansowanym, u których potwierdzono obecność aktywujących mutacji w genie *EGFR*. Aktywujące mutacje genu *EGFR* występują u 8–10% chorych rasy białej z rozpoznaniem NDRP o innym typie niż rak płaskonabłonkowy (głównie chorzy na raka gruczołowego), ale są znacznie częstsze (40% lub większy odsetek) w populacji chorych na NDRP rasy żółtej. Mutacje w genie *EGFR* bardzo rzadko występują w raku płaskonabłonkowym, są częstsze u kobiet i u osób niepalących. Chorzy z mutacjami aktywującymi genu *EGFR* powinni otrzymywać jeden z inhibitorów tyrozynowej kinazy EGFR w ramach pierwszej linii leczenia, co zapewnia uzyskanie znacznie większych korzyści pod względem wskaźników przeżycia i jakości życia chorych w porównaniu z chemioterapią. Obecnie — zgodnie z wskazaniami rejestracyjnymi oraz uwarunkowaniami refundacyjnymi — możliwe jest w Polsce stosowanie inhibitorów odwracalnych (erlotynib i gefitynib — tzw. inhibitory pierwszej generacji) lub inhibitora nieodwracalnego (afatynib — tzw. inhibitor drugiej generacji). Skuteczność przeciwnowotworowa wymienionych leków podczas pierwszej linii leczenia jest bardzo podobna, natomiast istnieją różnice w zakresie charakterystyki niepożądanych działań poszczególnych inhibitorów tyrozynowej kinazy EGFR. Omawiane leki mogą być również stosowane podczas drugiej linii leczenia chorych na zaawansowanego NDRP, którzy pierwotnie otrzymywali chemioterapię.*

Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR są stosowane od wielu lat, ale nadal istnieje wiele zagadnień wymagających udoskonalenia lub wyjaśnienia ich rzeczywistej wartości w określonych sytuacjach klinicznych. Należy doskonalić metody wspomagającego postępowania w przypadku leczenia z wykorzystaniem inhibitorów tyrozynowej kinazy EGFR, co — na przykład — dotyczy zapobiegania i leczenia niepożądanych działań skórnych lub biegunki. Konieczne jest opracowanie i wprowadzenie do praktyki zasad postępowania w sytuacji wystąpienia progresji choroby w pojedynczej zmianie przy utrzymywaniu się odpowiedzi lub stabilizacji innych ognisk nowotworu. Należy gromadzić doświadczenia na temat wartości afatynibu u chorych z mutacjami innymi niż w 19. lub 21. eksonie genu oraz u chorych z pierwotnie obecnymi przerzutami w ośrodkowym układzie nerwowym. Założeniem autorów doniesień zawartych w niniejszym suplemencie czasopisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej” jest poszerzenie wiedzy na temat praktycznych aspektów stosowania afatynibu u chorych na NDRP.

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

*Nota od wydawcy: afatynib jest refundowany w Polsce na podstawie zapisów programu lekowego B.63 wyłącznie w pierwszej linii leczenia NDRP.

